

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Uso de los métodos anticonceptivos y su asociación con
los resultados citológicos cérvico uterino en usuarias
atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, año
2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Karoline Jovanna Lopez Grados

ASESOR

Zaida Zagaceta Guevara

Lima - Perú

2017

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, enseñanza, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

DEDICATORIA

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y METODOS	26
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	26
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	26
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	26
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	28
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	30
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	30
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
3. RESULTADOS	32
4. DISCUSIONES	36
5. CONCLUSIONES	38
6. RECOMENDACIONES	39
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
8. ANEXOS	45

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar la asociación entre el uso de los métodos anticonceptivos y los resultados citológicos cérvico uterino en usuarias atendidas en el Hospital “San Juan de Lurigancho” en el año 2016.

METODOLOGÍA: Estudio de tipo observacional, analítico, transversal, retrospectivo y de diseño casos y controles. La muestra estuvo conformada por 96 usuarias divididas en dos grupos: 48 usuarias con resultados citológicos anormales (casos) y 48 usuarias con resultados citológico normales (controles), pareados por edad y paridad. Para el análisis descriptivo, se utilizaron frecuencias absolutas (valores numéricos) y relativas (porcentajes). La asociación entre las variables fue mediante la prueba estadística chi cuadrada (χ^2), la cual se consideró significativa cuando tuvo un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS: El 93.8% de las usuarias tenía Lesión intraepitelial de Bajo grado y el 6.2% Lesión intraepitelial de alto grado. En el grupo con citología cérvico uterina anormal, un 48% usaba anticonceptivos orales combinados y un 25% ampolla trimestral. En el grupo con citología cérvico uterina normal, un 48% usaba ampolla trimestral y un 27% preservativos. El uso de anticonceptivo oral combinado se asocia a los resultados citológicos cérvico uterino anormales ($p=0.000$; $OR=7.91$). El uso de los preservativos estuvo asociado a los resultados cérvico uterino normales ($p=0.036$). Asimismo, hubo asociación entre el uso del anticonceptivo ampolla trimestral y el resultado citológico cérvico uterino normal ($p=0.019$).

CONCLUSIÓN: Existe asociación entre el uso del anticonceptivo oral combinado y los resultados citológicos cérvico uterino anormales ($p=0.000$; $OR= 7.91$); existe asociación entre el uso del preservativo ($p=0.036$) y ampolla trimestral ($p=0.019$) con los resultados citológicos cérvico uterino normales en usuarias atendidas en el Hospital “San Juan de Lurigancho” en el año 2016.

PALABRAS CLAVES: Uso, métodos anticonceptivos, resultados citológicos cérvico uterino, usuaria.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the association between the use of contraceptive methods and cervical cytologic results in patients treated at the Hospital "San Juan de Lurigancho" in 2016.

METHODS: Study of observational, analytical, cross-sectional, retrospective and case-control design. The sample consisted of 96 users divided into two groups: 48 users with abnormal cytological results (cases) and 48 users with normal cytological results (controls), matched by age and parity. For the descriptive analysis, we used absolute frequencies (numerical values) and relative frequencies (percentages). The association between the variables was by chi-square test (χ^2), which was considered significant when it had a p value <0.05 .

RESULTS: 93.8% of the users had low grade intraepithelial lesion and 6.2% had a high grade intraepithelial lesion. In the group with abnormal uterine cervical cytology, 48% used combined oral contraceptives and 25% quarterly ampoule. In the group with normal cervical cytology, 48% used a quarterly ampoule and 27% used condoms. Combined oral contraceptive use is associated with uterine cervical cytologic results abnormal ($p=0.000$; $OR=7.91$). The use of condoms was associated with uterine cervical results normal ($p=0.036$). Likewise, there was an association between the use of the quarterly blister contraceptive and the uterine cervical cytologic result normal ($p=0.019$).

CONCLUSION: There is an association between the use of combined oral contraceptives and abnormal uterine cervical cytology ($p=0.000$; $OR= 7.91$); there is an association between condom ($p=0.036$) use and quarterly ampulla ($p=0.019$) with normal uterine cervical cytology results in patients treated at the Hospital "San Juan de Lurigancho" in 2016.

KEY WORDS: Use, contraceptive methods, cytologic results cervical uterus, user.

1. INTRODUCCIÓN

La citología cérvico uterina fue implementada como un procedimiento diagnóstico de la patología neoplásica del cuello uterino, este examen toma por nombre Papanicolaou. Esta prueba citológica del cérvix uterino ha tenido una gran aceptación en la práctica médica debido principalmente a su reproductibilidad y bajo costo; con la introducción del frotis de Papanicolaou como método de tamizaje en la detección del cáncer de cérvix, la incidencia y mortalidad disminuyeron significativamente a nivel mundial, particularmente para las mujeres de los países desarrollados; sin embargo, para los países en vías de desarrollo el cáncer de cérvix continúa como un importante problema de salud en la mujer^{1, 2}.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de cuello uterino representa aproximadamente 270 000 defunciones cada año y más del 85% se producen en los países en vías de desarrollo³, la tasa de morbilidad representa el 10%⁴. Según el estudio de Mendoza et al., la prevalencia de alteraciones citológicas es de 12.5%, de ellas el 8.2% corresponde a lesiones de bajo grado y el 0.9% a lesiones de alto grado, indicándonos un porcentaje considerable⁵.

Diversos son los factores que se relacionan con el desarrollo de lesiones intraepiteliales malignos, tales como los comportamientos sexuales, los hábitos nocivos, el tabaquismo, la genética, etc., e incluso el uso prolongado de diferentes métodos anticonceptivos., este último llama la atención pues, según diferentes investigaciones se indica que hay una relación potencial a largo plazo entre el uso prolongado de anticonceptivos orales y la aparición de cáncer cérvico-uterino, aumentando hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cérvico-uterino en las mujeres infectadas con el virus papiloma humano⁶.

En nuestro país, el Registro de Cáncer de Lima y de Trujillo en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSA), pone de manifiesto que la incidencia de cáncer cervical en el Perú es una de las más altas del mundo. En base a estos registros la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer estimó que el número de casos esperados de cáncer de cuello uterino en la población

femenina del Perú en el año 2010 fue de 5.581, con una tasa de incidencia de 37.03%, número que se incrementaría a 6.473 en el año 2015-2016 (40.25%)⁷.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos se estima que el 74.6% usa algún método anticonceptivo de los cuales el 53.3% representa a los métodos modernos y el 21.3% al método tradicional, siendo la inyección el método moderno específico utilizado (12.3%) así como la píldora (6%)⁸, es probable que exista relación entre estas estadísticas y la prevalencia de lesiones intraepiteliales, en base a esto, se realiza la presente investigación con la finalidad de identificar si el uso de algún método anticonceptivo ya sea hormonal, parenteral o de barrera se asocia con la presencia de alguna lesión intraepitelial, ya sea lesión de bajo u alto grado. Para la realización de este trabajo se elige el Hospital San Juan de Lurigancho, esta institución cuenta con diferentes servicios especializados, entre ellos el servicio de ginecología donde acuden usuarias para tamizaje citológico, de ellas se ha estimado según el estudio de Mesares presencia de lesiones en el 33.3% de los casos⁹, de ellos la mayoría usó métodos anticonceptivos, en la actualidad, se ha observado similares resultados sin embargo, no existen datos fehacientes que avalen una asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y la presencia de lesiones, solo son observaciones realizadas, en el transcurso de la práctica clínica teniendo evidencia escasa.

Algunos estudios realizados previamente han abordado el tema en mención, tales como:

Tafurt Y, Acosta C, Sierra C. (Colombia, 2012) En su estudio demostró que el uso de anticonceptivos hormonales se asoció a citología anormal, pues el uso de anticonceptivos hormonales fue mayor en las mujeres con resultado de citología anormal (61%) en comparación con citología normal (47%) e inflamación (44%). El 36% de mujeres con citología anormal reportaron un uso mayor de 4 años, respecto a mujeres con citología normal (29%) e inflamación (28%); los anticonceptivos más frecuentemente usados fueron el dispositivo intrauterino (DIU), la píldora, la inyección y el condón. Sin embargo, el método de barrera (condón) fue usado en un 45% de las mujeres con citología con

inflamación con respecto al 57% y 61% de mujeres con citología normal y anormal¹⁰.

Castro J, Hernández C y Madrid V (México, 2011) realizaron una investigación cuyo título fue “La anticoncepción hormonal como factor de riesgo para cáncer, cérvico-uterino: evidencias biológicas, inmunológicas y epidemiológicas” con el objetivo de reportar los hallazgos biológicos, inmunológicos y epidemiológicos derivados del uso de anticonceptivos orales y su relación con el cáncer cérvico-uterino. Se trató de un estudio retrospectivo efectuado con base en la información publicada en la bibliografía nacional e internacional. Concluyeron que persiste la controversia entre los datos epidemiológicos y los biológicos experimentales de la asociación entre anticonceptivos hormonales y cáncer inducido por el virus del papiloma humano por lo que los autores sugieren que sólo los estudios epidemiológicos aclararán esta controversia.¹¹

Solís M, Aguayo F, Vargas M, Olcay F, Puschel K, Corvalán A, et al. (Chile, 2010) efectuaron un estudio denominado “Factores de riesgo de alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres chilenas: Un estudio de casos y controles” en Santiago, Chile. Los casos incluyeron 42 mujeres con lesiones cervicales y controles incluidos 574 mujeres con citología normal durante el período 2001-2006. Entre los resultados hallaron que el alto riesgo de VPH fue el factor más significativo asociado con lesiones cervicales (odds ratio (OR) = 9,6 intervalos de confianza del 95% (IC) = 4,4-21,1) seguido del anticonceptivo oral (OR = 2,58 IC del 95% = 1,2-5,7). Por otro lado, el único factor de riesgo de alteración citológica cervicouterina entre las 55 mujeres infectadas por VPHAR fue el uso de ACO, en tanto resultó un factor protector haberse realizado al menos un Papanicolaou en la vida. En conclusión, el grupo en estudio presentó aumento de riesgo de infección por VPH, siendo el uso del tamizaje una estrategia efectiva para prevenir lesiones. De acuerdo a la información obtenida de este artículo, las usuarias de ACO requerirían un seguimiento más estrecho¹².

Mesares E (Perú, 2015) en el efectuó un estudio titulado “Características personales y su asociación con los hallazgos de citología cervical de las usuarias que acudieron al Hospital San Juan de Lurigancho. Enero-Diciembre

2013” cuyo objetivo fue determinar la asociación entre las variables propuestas. Trabajando con un grupo de casos (50 usuarias con diagnósticos patológicos de citología cervical) y grupo control (100 usuarias con citología cervical negativo). Como resultados halló que existe asociación entre el rango de edad entre 20 a 29 años con el hallazgo normal de citología cervical, ($p=0.025$), siendo considerado un factor protector ($OR=0.255$). Respecto a la asociación entre las características gineco-obstétricas y los hallazgos de citología cervical, se observó que el inicio de relaciones sexuales después de los 19 años y el uso de medroxiprogesterona fueron factores protectores para la presencia de hallazgos normales ($OR=0.444$ y $OR=0.327$ respectivamente); y la multiparidad, el bloqueo tubárico bilateral, el resultado previo de citología cervical y el antecedente de ITS representaron factores de riesgo ($OR=2.364$, $OR=3.097$, $OR=5.359$, $OR=3.765$ respectivamente)⁹.

Lazo E y Aguilar F (Perú, 2011) elaboraron un estudio titulado “Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011”. En este estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional de corte transversal, halló que en cuanto a la edad, el 33.33% tenía entre 35 a 54 años, el 64.29% posee instrucción primaria, el 50% es casada, el 54.76% proceden de la zona urbana, el 93% tuvo una menarquía entre los 12 y 14 años y el 50% un inicio de relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, el 78% entre 2 y 3 parejas sexuales, el 47.62% de 3 a 5 embarazos, el 47.62% de 3 a 5 partos, el 62% uso algún método anticonceptivo, siendo el más empleado el AOC con 57.69. Asimismo el 50% de las pacientes con citología cérvico uterina alterada habían iniciado sus relaciones sexuales entre los 11 y 15 años. Concluyeron así que existe relación entre los factores de riesgo reproductivo con las citologías cervicales uterinas alteradas¹³.

Para entender mejor lo que significa el uso del método de métodos anticonceptivos y su relación con la citología anormal detallaremos a continuación los siguientes conceptos:

La palabra uso proviene del latín *usus*, el cual hace referencia a la acción y efecto de usar (hacer servir una cosa para algo, ejecutar o practicar algo habitualmente) ¹⁴.

Asimismo, la Real Academia de Lengua Española señala que la palabra uso se define como la acción de usar o la capacidad o posibilidad de usar algo¹⁵.

Los métodos anticonceptivos son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Estos pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas, etc.¹⁶

La norma técnica del Minsa⁽¹⁸⁾ divide los métodos anticonceptivos de la siguiente manera:

Primero tenemos los métodos temporales que abarcan cinco grandes grupos:

Los Métodos De Abstinencia Periódica: donde encontramos al método del ritmo o del calendario, al método del moco cervical o Billings y método del collar o de días fijos.

El Método De Lactancia Materna Exclusiva.

Los Métodos De Barrera: que comprende al condón femenino y masculino.

Los Métodos Hormonales: compuestos por los métodos hormonales combinados y los de solo progestágeno

Dispositivos Intrauterinos: donde encontramos el T de Cu 380 A

En el segundo grupo tenemos los métodos definitivos comprendido por el anticonceptivo quirúrgico voluntario femenino - bloqueo tubarico bilateral (BTB) y el anticonceptivo quirúrgico voluntario masculino - vasectomía.

Y el tercer grupo viene hacer el anticonceptivo de emergencia.

El ministerio de salud no promueve la práctica como el coitus interruptus o los métodos folclóricos debido a su baja eficacia y en algunos casos por carecer de fundamento científico. ⁽¹⁸⁾

Para efectos del presente estudio tomaremos en cuenta a los anticonceptivos hormonales, de barrera y la T de cobre.

Los anticonceptivos hormonales son aquellos que están conformados por hormonas y que impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides¹⁷.

Entre estos se encuentran los anticonceptivos hormonales combinados y de sólo progestágenos.

Anticonceptivo hormonal combinado: Compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona (progestágenos). Se evidencian¹⁷:

Anticonceptivos orales combinados: Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno, compuesto por 28 píldoras: 21 píldoras contienen 30 µg (microgramos) de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel y siete píldoras contienen sulfato ferroso, cuyo principal mecanismo de acción es suprimir la ovulación y espesar el moco cervical. Se caracteriza por ser un método eficaz, con retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método, puede ser usado a cualquier edad y paridad, disminuye el flujo menstrual y los cólicos menstruales, regulariza los ciclos menstruales, protege contra el cáncer de ovario y de endometrio, etc. Su uso debe iniciarse el primer día de la menstruación y tomarlas siempre, en lo posible, a la misma hora de manera diaria. Está contraindicado en mujeres embarazadas, con sangrado genital anormal, que están dando de lactar, con cáncer de mama o de endometrio, etc.

Anticonceptivos inyectables combinados: Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. Existen dos composiciones: Primera composición (5 mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona) y segunda composición (5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona). Se encargan de suprimir la ovulación y espesar el moco cervical. Se caracteriza por ser eficaz, está indicado a cualquier edad o paridad, ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual, puede producir aumento de peso, el retorno de la fecundidad es inmediato, etc. Se administra vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje

post aplicación, entre el primer a quinto día del ciclo menstrual y de ahí cada 30 días, mas menos 3 días. Está contraindicado en mujeres gestantes, con sangrado genital anormal, con cáncer de mama y con hepatopatía activa.

Anticonceptivo hormonal de sólo progestágeno: Compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer.

Anticonceptivos orales de sólo progestágeno: Son aquellos que poseen sólo progestágenos. Su principal acción es espesar el moco cervical, impedir la penetración de los espermatozoides y suprimir la ovulación. Se caracteriza por ser eficaz y de efecto rápido, con rápido retorno al suspenderse, disminuye el riesgo de cáncer de endometrio, provoca cambios en el patrón de sangrado menstrual y en el peso, etc. Vienen en presentaciones de 21 o 28 píldoras. No se debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento (incluso durante la menstruación). La toma debe ser todos los días a la misma hora; puesto que con un retraso de 3 o más horas, se pierde la acción anticonceptiva. La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma. Se debe evitar su uso en mujeres embarazadas, con sangrado genital anormal, con cáncer de mama, etc^{17, 18}.

Anticonceptivos inyectables de sólo progestágenos: Son aquellos que poseen sólo progestágenos, como el acetato de medroxiprogesterona de 150 mg. Se encarga de espesar el moco cervical, suprimir la ovulación, reducir el transporte de óvulos en las Trompas de Falopio y cambios en el endometrio. Se caracteriza por ser eficaz y de efecto rápido, pueden ser indicados a cualquier edad o paridad, disminuye el riesgo de cáncer de endometrio, provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual y aumento de peso, el retorno de la fecundidad puede demorar 6 meses a un año, puede mejorar la anemia, etc. Se administra vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación, entre el primer a quinto día del ciclo menstrual y de ahí cada tres meses. Evitar su aplicación en mujeres gestantes, con sangrado genital anormal, con cáncer de mama y con hepatopatía activa.

Dentro de los métodos de barrera mencionaremos a los preservativos masculinos:

El preservativo masculino o condón es un método de barrera que actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas Infección de Transmisión Sexual.

Se trata de una funda delgada de caucho (látex), lubricada, sin nonoxinol – 9, que impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino. Se caracteriza por ser eficaz, tener pocos efectos negativos, de fácil obtención y bajo costo, reduce la transmisión de las infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA, etc. Se debe almacenar en un ambiente seco, donde no haya fuentes directas de calor o luz solar. Asimismo, deben descartarse los que se encuentren más allá de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura y antes de distribuirlos se debe revisar si el sobre mantiene la sensación de “almohadilla de aire”. El modo de empleo del preservativo es el siguiente: asegurarse de la integridad del envase, verificar la fecha de manufactura en el sobre, la cual no deberá ser mayor de cinco años, abrir el condón con cuidado, usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo antes de la penetración (coito) cuando el pene está erecto, apretar con los dedos el depósito para evitar que quede aire en el interior y se rompa durante la relación, cada condón se usa una sola vez en cada relación sexual, se retira antes que el pene pierda la erección y se elimina en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo. ¹⁹⁻²⁰

De los dispositivos intrauterinos hablaremos del dispositivo intrauterino liberador de cobre:

Estos son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre, cuyo mecanismo de acción es afectar la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina, ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos e interferir en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización.

Debe ser insertado dentro de la cavidad uterina, por personal de salud debidamente capacitado, a través de un tubo plástico que pasa a través del

canal cervical. En un sobre de plástico sellado y esterilizado viene el dispositivo, el tubo para inserción y el émbolo.

Se caracteriza por ser de eficacia elevada e inmediata, retorno inmediato de la fecundidad al retirarse, en algunas mujeres puede incrementar los espasmos y el sangrado menstrual sobre todo durante los primeros meses de uso, entre otros.

Se insertar en los primeros cinco días del ciclo menstrual o en cambio de método y protege durante 10 años.

Está contraindicado en mujeres embarazadas, con sangrado genital anormal, con múltiples parejas sexuales, con infección activa del tracto genital, con Enfermedad Pélvica Inflamatoria, con anomalías uterinas o tumores, etc.^{19, 21}

Detallaremos a continuación los aspectos más importantes sobre la citología cervical:

La citología cervical fue desarrollada por Papanicolaou y Triut en el año 1943. Tras su introducción y uso extendido, las muertes por cáncer cervical en los Estados Unidos se redujeron en casi el 75%. La meta fundamental de la investigación citológica cervical es identificar a las mujeres que requieren evaluación adicional con colposcopia para detectar la presencia de lesiones precursoras de cáncer²².

La citología cervical o test de Papanicolaou es una prueba que consiste en tomar muestras de células de diferentes zonas de la superficie del cuello uterino (exo y endocérnix y zona de transformación) para examinarlas al microscopio y detectar las lesiones que pueden tener riesgo de cáncer²³.

Así también, es un proceso que consta de diferentes etapas: toma de muestra, procesado de la muestra para poder ser vista en el microscopio (que es diferente para la citología de Papanicolau y para la citología líquida) y la lectura o interpretación de la muestra²⁴.

A pesar del excepcional éxito como herramienta en la investigación para el cáncer cervical, la citología cervical convencional tiene una tasa de falsos-negativos alta, debido a errores en la toma de la muestra y en la preparación

de la lámina. Para disminuir los errores en la toma se han probado diferentes instrumentos de recolección de la muestra; por ejemplo, la espátula de punta extendida parece ser mejor para la recolección de células endocervicales, que la espátula de Ayre que se usa tradicionalmente; lo anterior se evidencia a través de una revisión Cochrane que incluyó ocho ensayos, donde se encontró que la espátula de punta extendida es dos veces más eficaz en la recolección de muestra endocervical, que la espátula de Ayre (OR 2,25 IC95% 2,06-2,44). El uso de una espátula con citocepillo mejora el índice de toma de muestras adecuadas y es tres veces más efectivo que la espátula sola para recolectar células endocervicales (OR 3,33 IC95% 3,05 - 3,63). Por tanto, la combinación más eficaz parece ser el uso de citocepillo con espátula de punta extendida²².

A lo largo de los años, varios esquemas de clasificación se han desarrollado para caracterizar los resultados de la citología cervical o la prueba de Papanicolaou. En el año 1975, la Organización Mundial de la Salud, en su Clasificación Histológica Internacional de Tumores, incorporó la clasificación de displasias. En su penúltima revisión dada en el año 1994, aceptó indistintamente, la nomenclatura de Richart (neoplasia intracervical) y Reagan (displasias); no obstante, a partir del año 2001 se aprobó la clasificación de NIC (neoplasia intracervical) y la de lesiones intraepiteliales escamosas, según la propuesta del Sistema Bethesda. A pesar que la nomenclatura de este último se propuso para el estudio cito-patológico, por razones naturales se incorporó a la histopatológica ^{25, 26}. (Ver Anexo III)

La edad óptima para iniciar el tamizaje es desconocida y esto se documenta con la historia natural de la infección del virus del papiloma humano y el cáncer cervical, que por lo tanto sugiere realizar el tamizaje de una forma confiable, dentro de los tres años después de la primera relación sexual. Asimismo, la citología cervical se realizará anualmente hasta que se acumulen tres pruebas negativas técnicamente satisfactorias; posteriormente se recomienda cada dos o tres años. En mujeres con edad ≥ 70 años o a partir de los 65 años con antecedente de tamizaje regular en un periodo de 10 años y con los tres últimos reportes negativos o en mujeres que no tienen un riesgo incrementado

de padecer cáncer cérvico uterino ya no está indicada la realización de citología cervical^{27, 28}.

Antes de realizar una citología debe tenerse en cuenta lo siguiente:

No realizar la prueba durante la menstruación.

No utilizar medicamentos administrados por vía vaginal durante los tres días anteriores a la citología.

No mantener relaciones sexuales con penetración vaginal en las 48 horas previas a la realización de la citología.²³

La toma de muestra para citología cervical (Papanicolaou) es un procedimiento sistematizado y guiado clínicamente para obtener la información y material suficiente para la realización de un diagnóstico preciso²⁹.

En base a lo antes mencionado, se puede proceder a la toma de la muestra del cuello uterino mediante las siguientes pautas: preparación del material (seleccionar y colocar el material necesario, colocar los datos básicos de la mujer en el portaobjetos), preparación de la mujer, obtención de la muestra, fijación de la muestra, conservación, embalaje y transporte de las muestras y coloración de Papanicolaou³⁰⁻³¹:

El sistema de Bethesda fue desarrollado por un grupo de expertos en Citología, Histopatología y Ginecología en el año 1988 y ha sido objeto de dos revisiones siguientes; este sistema se realizó con el propósito de informar la citología cervical de una manera clara, proveer información relevante al profesional de salud (médico, obstetra etc.) encargado de brindar los resultados y fomentar la comunicación eficaz entre dicho profesional y el laboratorio; en él se introduce una nueva nomenclatura que en contraste con las nomenclaturas que han estado en uso (neoplasias intracervicales o displasias), introduce una interpretación descriptiva de los hallazgos y emplea el término “citología cervical” en lugar de “citología cérvico-vaginal”, debido a que la mayoría de métodos de obtención de la muestra no tiene como objetivo la toma de muestras de la vagina³².

La primera parte de la terminología del Sistema Bethesda tiene relación con la calidad del espécimen para examinar, ya que es necesario determinar la calidad del material disponible en la placa para la lectura; esta puede estar clasificada en:

Satisfactoria para evaluación: La muestra tiene cantidad suficiente de material exocervical y endocervical para lectura.

No satisfactorio, insatisfactorio para evaluación o inadecuada: Sólo puede leerse el 25% del total del extendido por mala fijación, mala tinción, muestra muy gruesa, sólo material hemorrágico o material inflamatorio, no se encuentra identificada la lámina o la solicitud de examen citológico, la lámina está rota, entre otros. A pesar de ser inadecuada, se deben reportar los hallazgos, resaltando que debe repetirse.^{33, 34}

La segunda parte del reporte se refiere a los resultados citológicos cérvico uterino propiamente dichos, los cuales se refieren a los hallazgos obtenidos a través de la muestra de citología cervical. Estos se clasifican de la siguiente manera:

Negativo para lesión intraepitelial o malignidad y las anormalidades en células epiteliales: ya sea escamosas o glandulares.^{30, 33, 35}

El diagnóstico descriptivo para lesión intraepitelial o malignidad se realiza de la siguiente manera:

Los resultados negativos para lesión intraepitelial o malignidad: incluye los frotices dentro de límites normales, aquellos con cambios celulares benignos, estos no representan signos de anomalías celulares. Por ejemplo: Infección por *Trichomonas vaginalis*, Organismos fungoides morfológicamente compatibles con *Cándida spp.*, predominio de cocobacilos compatible con alteración de la flora vaginal, bacterias morfológicamente compatibles con *Actinomyces sp.*, cambios celulares asociados con virus Herpes Simplex y los cambios reactivos: Los cambios reactivos celulares son aquellos de naturaleza benigna asociados con inflamación (incluye cambios reparativos), atrofia con inflamación (vaginitis atrófica), radiación, uso de dispositivo intrauterino y otros.

El diagnóstico descriptivo para las anormalidades en las células epiteliales se realiza de la siguiente manera:

Primero tenemos las células escamosas que se dividen de la siguiente manera:

Células escamosas atípicas de significado indeterminado (CEASI o ASCUS): En esta categoría, se consideran los cambios celulares que pueden relacionarse con varios factores etiológicos, pero que no se logra determinar una causa definitiva sobre la base de los hallazgos citológicos. Estos cambios pueden reflejar una reacción exuberante de tipo benigno o constituir una lesión potencialmente grave, los cuales no permiten concluir con un diagnóstico definitivo. En la citología se observa: agrandamiento nuclear dos y media a tres veces el tamaño del núcleo de una célula escamosa intermedia, con un ligero incremento en la relación núcleo/citoplasma, variación del tamaño y formas de los núcleos, leve hipercromasía, y los bordes nucleares usualmente son lisos o regulares.

Lesión Escamosa Intraepitelial (LEI): Comprende un espectro de anormalidades epiteliales no invasivas, que tradicionalmente se han clasificado por otros autores como condiloma plano, displasia, carcinoma in situ, y NIC (ver anexo tabla III). En el sistema Bethesda, estas lesiones se dividen en lesiones de bajo grado y de alto grado.

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG): En estas se agrupan las alteraciones celulares asociadas a infección por Papiloma Virus Humano (PVH), En la citología se observa que las células aparecen agrupadas o en forma aislada, las anormalidades nucleares generalmente se observan en células superficiales o maduras, hay agrandamiento nuclear por lo menos tres veces el tamaño del núcleo de una célula normal intermedia, así como aumento de la relación núcleo/citoplasma, binucleación o multinucleación. hipercromasía, el nucleólo está raramente presente y la membrana nuclear muestra leves irregularidades o es poco distinguible.

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG): Se agrupan a la displasia moderada, displasia severa y el carcinoma in situ.

Las células epiteliales se agrupan en forma de mantos, en forma sincicial o aisladas, hay marcado agrandamiento nuclear semejante a las lesiones de bajo grado, pero hay una disminución del área citoplasmática, trayendo como consecuencia un incremento mayor en la relación núcleo/citoplasma., el tamaño celular en las LEIAG es menor que en las LEIBG, hay marcada hiperchromasia, el nucléolo está generalmente ausente y los bordes nucleares son irregulares.

Luego tenemos el carcinoma de células escamosas: que es el tumor maligno compuesto por células escamosas, no se emplean en el estudio, pero se presenta una revisión resumida.

Carcinoma de células escamosas no queratinizantes: En la citología se observan células atípicas que se agrupan en forma sincicial o aisladas, tienen las características de LEIAG pero además contienen prominente macronúcleolo y marcada irregularidad de la cromatina con grumos que alternan con áreas más claras, se acompañan de un fondo de material necrótico y restos hemáticos (diátesis tumoral).

Carcinoma de células escamosas queratinizantes: En la citología se observan células que se presentan aisladas o formando agregados, hay marcada variación de las formas y tamaños celulares y con frecuencia el citoplasma es denso de color naranja, el núcleo también varía en tamaño y configuración, la cromatina es gruesa, granular e irregularmente distribuida, el macronúcleolo no se observa y puede observarse diátesis tumoral.

Para finalizar la clasificación tenemos las células glandulares y estromales con el adenocarcinoma, no se emplean en el estudio, pero de igual manera se presenta una revisión resumida.

Dentro de las células glandulares y estromales tenemos:

Células endometriales benignas de tipo epitelial: En la citología se observa que las células generalmente se agrupan en pequeños grupos y con menos frecuencia de forma aislada, el núcleo es pequeño, redondo, aproximadamente del mismo tamaño de las células escamosas intermedias, el nucléolo no se observa o es muy pequeño, los bordes celulares son bien definidos, con

citoplasma escaso, basofílico y algunas veces vacuolado y las células de la muestra del segmento uterino inferior están en forma de racimo.

Células endometriales benignas de tipo estromal: Son células de aspecto fusiforme, con pequeño núcleo y escaso citoplasma.

Células glandulares atípicas: Son células endometriales, endocervicales o glandulares no específicas, que muestran atipia nuclear que excede aquellos observados por reacción o reparación, aunque carecen de las inequívocas características de adenocarcinoma. Se agrupan conformando cinco a diez células por grupo, hay escaso agrandamiento nuclear e hiperchromasia.

Dentro del adenocarcinoma tenemos:

Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS): Neoplasia maligna compuesta por células de tipo endocervical. En la citología pueden observarse células aisladas, en racimos, cúmulos o mantos en 2 dimensiones, el núcleo con marcada hiperchromasia, y la cromatina muestra distribución irregular que se alterna con áreas más claras, puede haber diátesis tumoral y el citoplasma usualmente toma la forma de columna con coloración eosinofílica o cianofílica.

Adenocarcinoma endometrial: Neoplasia maligna compuesta por células de tipo endometrial. Típicamente la célula se muestra aisladas o en grupos laxos pequeños, en las formas bien diferenciadas el núcleo puede estar escasamente aumentado de tamaño, hay variación del tamaño nuclear y pérdida de la polaridad, en los grados más altos del tumor, el núcleo muestra moderada hiperchromasia, distribución irregular de la cromatina y presencia de zonas más claras, el nucléolo está presente y el citoplasma es típicamente escaso, cianofílico y a menudo vacuolado.

En cuanto a la relación del uso de los métodos anticonceptivos y la citología anormal, la Sociedad Americana contra el Cáncer publicó que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino, por lo que la investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que

tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, no obstante, el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas³⁶.

Según lo mencionado con anterioridad, se deduce que el uso de métodos anticonceptivos puede ocasionar lesiones pre cancerosas que en un futuro se convertirían en cáncer de cérvix.

Estudios más recientes sugieren que los efectos inmunosupresores de los anticonceptivos hormonales, aumentan la evolución de las lesiones precursoras para un cáncer cérvico-uterino. Uno de los retos más importantes en salud pública es prevenir este tipo de problemas, sin embargo, continúa siendo un gran problema de salud pública en los países en vías de industrialización, por lo que se promueve la investigación exhaustiva en este tipo de temas, con la finalidad de encontrar evidencias que ayuden a disminuir esta incidencia de casos.

Se realiza la presente investigación, para que a nivel teórico y social se pueda contribuir con el aumento de evidencias que fundamenten la asociación entre el uso de anticonceptivos y los hallazgos citológicos anormales. El estudio es llevado a cabo en el Hospital San Juan de Lurigancho, lugar donde acude población con diversas características en cuanto a métodos anticonceptivos, que pueden estar asociados a la presencia de lesiones intraepiteliales de Alto grado, bajo grado, etc., aumentar la producción científica que corrobore la hipótesis de esta asociación, es fundamental.

A nivel institucional, los datos servirán de base para actualizar la estadística del hospital y poder lograr una mejora integral en las usuarias, con padecimiento de alguna lesión intraepitelial a nivel del cuello uterino que utilicen métodos anticonceptivos. Asimismo esta información reafirmará la necesidad de promover estilos y hábitos saludables que mejoren su salud y su calidad de vida teniendo en cuenta la recomendación de métodos anticonceptivos favorables que eviten la exacerbación de lesiones a nivel del cuello uterino, esto a futuro, podría incidir de forma positiva en la disminución de las tasas de morbilidad en cuanto a lesiones intraepiteliales.

A nivel metodológico, el estudio sugerirá la creación de un instrumento que será importante para la evaluación de forma regular de los datos ginecológicos de las usuarias que acuden a consulta, indagando la rutina anticonceptiva.

Para la realización del presente trabajo de investigación se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuál es la asociación entre el uso de los métodos anticonceptivos y los resultados citológicos cérvico uterino en usuarias atendidas en el Hospital “San Juan de Lurigancho” en el año 2016?

A continuación en la pagina 21 se definirán los términos del estudio.

Definición de términos

- **Citología cervical:** toma de muestra de las células exo y endo-cervicales que incluye la zona de transformación, para detectar lesiones pre-invasoras o invasoras del cuello uterino.³⁷
- **Resultado citológico:** Se refiere a aquellos hallazgos obtenidos tras la citología cervical por el sistema Bethesda.³³
- **Método anticonceptivo:** Son elementos, productos o procedimientos, que pueden ser usados por hombres y por mujeres para impedir o reducir la posibilidad de embarazo.¹⁸
- **Sistema Bethesda:** método que provee información sobre la citología cervical, introduciendo una interpretación descriptiva de los hallazgos, la clasificación se da: Negativo para lesión intraepitelial o malignidad y Anormalidades en células epiteliales (Células escamosas atípicas de significado indeterminado, Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, Lesión escamosa intraepitelial de alto grado, Carcinoma de células escamosas, Células glandulares y estromales y Adenocarcinoma)^{30, 32, 33, 35}.

Objetivos:**Objetivo general:**

Establecer la asociación entre el uso de los métodos anticonceptivos y los resultados citológicos cérvico uterino en usuarias atendidas en el Hospital “San Juan de Lurigancho” en el año 2016.

Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de los tipos de métodos anticonceptivos usados por las usuarias con resultados citológicos cérvico uterino.
- Identificar los resultados citológicos cérvico uterino anormal en las usuarias atendidas en el Hospital “San Juan de Lurigancho” en el año 2016.
- Identificar la asociación entre los tipos de métodos anticonceptivos y los resultados citológicos cérvico uterino en las usuarias.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio fue de tipo observacional, analítico transversal y retrospectivo. De diseño: casos y controles.

El nivel de la investigación fue explicativo pues se determinó las causas para un resultado citológico anormal, además de la asociación de las variables.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

1900 usuarias con resultados citológicos cérvico uterino emitidos en el departamento de Gineco - Obstetricia y Dpto. Apoyo al diagnóstico atendidas en el Hospital "San Juan de Lurigancho" en el año 2016.

2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Tamaño Muestral: El tamaño de la muestra se calculó según la fórmula de comparación de proporciones.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n = número de usuarias de cada muestra.

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$, Riesgo de cometer un error de tipo I 95%.

$Z_{1-\beta/2} = 0.84$, Riesgo de cometer un error de tipo II 80%.

p1: proporción de casos (usuarias con resultados citológicos cérvico uterino anormales) que hayan usado método anticonceptivo = 22.4% (*Cordero y col.³⁸, señaló el porcentaje usuarias de anticonceptivos orales con citología anormal*)

p2: proporción de controles (usuarias con resultados citológicos cérvico uterino normales) = por no conocer este valor, se asumirá 0.487, que es la proporción que maximiza el valor de la muestra.

P: es la media de las dos proporciones P1 y P2

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2} = \frac{0.22 + 0.49}{2} = \frac{0.71}{2} = 0.36$$

Luego de aplicar la fórmula se obtuvo un tamaño muestral de:

$$\frac{[1.96 \sqrt{0.72(1 - 0.36)} + 0.84 \sqrt{0.22(1 - 0.22) + 0.49(1 - 0.49)}]^2}{(0.22 - 0.49)} = 48$$

Tipo de muestreo:

Muestreo no probabilístico por conveniencia, pareado por edad, en proporción de 1:1.

Criterios de Inclusión y exclusión:

Grupo casos

Criterios de Inclusión

- Historia clínica de usuarias con resultado citológicos cérvico uterino **anormal**
- Historia clínica de usuarias en edad fértil.
- Historia clínica de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales.
- Historia clínica de usuarias continuadoras del mismo método por más de 5 años y menos de 10 años.

Criterios de Exclusión

- Historia clínica de usuarias de métodos naturales.
- Historia clínica de usuarias de métodos definitivos.
- Historia clínica de usuarias adolescentes.

- Historias clínicas de usuarias que tengan menos de 5 años de inicio de relaciones sexuales.
- Historias clínicas de usuarias con resultados citológicos cérvico uterino atípicos (ASCUS, ASGUS).
- Historia clínica de usuarias nuevas de método anticonceptivo.

Grupo controles

Criterios de Inclusión

- Historia clínica de usuarias con resultado citológicos cérvico uterino **normal**
- Historia clínica de usuarias en edad fértil.
- Historia clínica de usuarias de métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales.
- Historia clínica de usuarias continuadoras del mismo método por más de 5 años y menos de 10 años.

Criterios de Exclusión

- Historia clínica de usuarias de métodos naturales.
- Historia clínica de usuarias de métodos definitivos.
- Historia clínica de usuarias adolescentes.
- Historias clínicas de usuarias que tengan menos de 5 años de inicio de relaciones sexuales.
- Historias clínicas de usuarias con resultados citológicos cérvico uterino atípicos (ASCUS, ASGUS).
- Historia clínica de usuarias nuevas de método anticonceptivo.

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable 1: Uso de métodos anticonceptivos.

Definición: conceptual: acto o acción en el cual se hizo uso de algún dispositivo o medicación para impedir una concepción o un embarazo viable. ^{14, 18}

Definición operacional: Utilización por más de 5 años y menos de 10 años de métodos anticonceptivos hormonales o no hormonales por mujeres en edad fértil.

Variable 2: Resultados citológicos cérvico uterino.

Definición conceptual: referido a las conclusiones que figuraron en el reporte de la prueba citológica del cérvix del cuello uterino.³³

Definición operacional: diagnósticos de la prueba citológica de las usuarias en edad fértil según Sistema Bethesda.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnica: la técnica que se utilizó fue el análisis documental, pues se revisó las historias clínicas de las usuarias, con la finalidad de determinar el tipo de método anticonceptivo del cual son usuarias y su tiempo de uso; además se revisaron los resultados del Papanicolaou.

Instrumento: como instrumento se usó una ficha de recopilación de datos de 10 ítems, en donde se describieron las características generales de las usuarias, las características de los métodos anticonceptivos que usaron y los resultados citológicos cérvico uterino, ficha que se tomó del estudio de mesares.⁽⁹⁾ (Ver Anexo II)

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Análisis estadístico de los datos

Primero se presentó el proyecto de investigación a la Escuela Profesional de Obstetricia, para que luego se emita la Resolución Directoral, aprobando la realización del presente trabajo.

Se procedió a tramitar los permisos en el Hospital San Juan de Lurigancho para la aplicación o ejecución del proyecto.

Se solicitó la información sobre las estadísticas de los resultados de las citologías cervicales del servicio de detección de cáncer de cuello uterino. Asimismo, se establecieron los grupos de estudio (grupo caso: historias clínicas de usuarias con resultado citológico cérvico uterino anormal; grupo control: historias clínicas de usuarias con resultado citológico cérvico uterino normal).

Obtenido el permiso correspondiente, se procedió a solicitar los números de historias clínicas para seleccionar a las usuarias que participaron en el presente estudio. Ubicadas las historias se solicitó en la unidad de archivo cada una de ellas para extraer la información requerida.

Una vez recolectada la información se procedió al análisis de los datos.

Los datos fueron digitados en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS v.22.

Para presentar los resultados se utilizaron frecuencias absolutas (valores numéricos) y relativas (porcentajes).

La asociación entre las variables, que dio respuesta al tercer objetivo específico y objetivo general fue mediante la prueba estadística de la chi cuadrada (χ^2), el cual se consideró significativo si tuvo un valor $p < 0.05$. Asimismo se estimó la prueba OR para estimar la probabilidad de asociación; en casos que el OR resulte menor a 1, se multiplica 100% y se resta 100, para identificar el % de protección o de un resultado normal.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación se respetaron los principios bioéticos:

Beneficencia: porque el estudio permitió conocer una realidad de las usuarias referido al uso de los métodos anticonceptivos y su relación con los resultados citológicos cérvico uterino a fin de conocer la dimensión de esta problemática que pudo afectar a un significativo grupo poblacional.

No Maleficencia: pues en esta investigación no existieron riesgos físicos y/o psicológicos y/o alguno que altere la calidad de vida de los participantes, es decir no se puso en riesgo su integridad.

Confidencialidad: puesto que se respetó los datos obtenidos y la investigadora solo los utilizó para fines de investigación.

Para poder evaluar si el presente estudio cumplió con los principios éticos de toda investigación, fue revisado por el Comité de Ética e Investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Del mismo modo, la Dirección de Hospital San Juan de Lurigancho evaluó el cumplimiento de estos principios para su posterior aplicación y recolección de datos.

3. RESULTADOS

Tabla N°1. Características sociodemográficas y ginecológicas de las usuarias con resultados citológicos cérvico uterino anormal y normal atendidas en el Hospital “San Juan de Lurigancho” en el año 2016.

Características Sociodemográficas		Resultado citológico cérvico uterino			
		Anormal		Normal	
		N	%	N	%
Edad	< 30 años	10	20.8%	10	20.8%
	30 a 39 año	32	66.7%	32	66.7%
	40 a 49 años	6	12.5%	6	12.5%
Estado civil	Soltera	10	20.8%	14	29.2%
	Conviviente	36	75.0%	30	62.5%
	Casada	2	4.2%	4	8.3%
Nivel educativo	Primaria	24	50.0%	13	27.1%
	Secundaria	20	41.7%	31	64.6%
	Superior técnico	3	6.3%	3	6.3%
	Superior universitario	1	2.1%	1	2.1%
Ocupación	Ama de casa	25	52.1%	18	37.5%
	Trabaja	21	43.8%	27	56.3%
	Estudiante	2	4.2%	3	6.3%
Lugar de procedencia	Lima	37	77.1%	31	64.6%
	Junín	9	18.8%	11	22.9%
	Piura	2	4.1%	4	8.3%
	Huancayo	0	0.0%	2	4.2%
Edad de inicio sexual	< 15 años	14	29.2%	12	25.0%
	15 a 17 años	33	68.8%	30	62.5%
	> 18 años	1	2.1%	6	12.5%
Número de parejas sexuales	1 - 2 parejas	43	89.6%	46	95.8%
	> 2 parejas	5	10.4%	2	4.2%
Total		48	100.0%	48	100.0%

En la Tabla N°1, se puede observar las características sociodemográficas y ginecológicas de las usuarias según resultados citológicos, donde el 75% con resultado anormal y el 62.5% con resultado normal fueron convivientes; respecto al nivel educativo, el 50% de usuarias con citología anormal tuvo nivel primaria, y el 64.6% con citología normal nivel secundaria. Acerca de la ocupación de las usuarias, el 52.1% con resultado anormal son amas de casa y

el 56.3% con resultado normal trabaja. Finalmente el lugar de procedencia fue Lima, tanto en las usuarias que tenía resultado anormal (77.1%) como en las que tenían resultado normal (64.6%).

Respecto a los datos ginecológicos de las usuarias según resultados citológicos cérvico uterino, cuentan con citología anormal y normal, el 68.8% y 62.5% respectivamente, quienes iniciaron su vida sexual entre los 15 y 17 años. El número de parejas sexuales fue de 1 a 2 en el 89.6% y 95.8% de usuarias con resultado citológico anormal y normal respectivamente.

Tabla N°2. Frecuencia de los tipos de métodos anticonceptivos usados por las usuarias con resultados citológicos cérvico uterino anormal y normal atendidas en el Hospital “San Juan de Lurigancho” en el año 2016.

Frecuencia de los tipos de métodos anticonceptivos	Resultado citológico cérvico uterino			
	Anormal		Normal	
	N	%	N	%
Anticonceptivo oral combinado	23	48%	5	10.4%
Anticonceptivos de píldoras de progestágenos	0	0%	1	2.1%
Ampolla trimestral	12	25%	23	48%
Ampolla mensual	8	17%	5	10.4%
Preservativos	5	10%	13	27%
T de cobre	0	0%	1	2.1%
Total	48	100.0%	48	100.0%

En la tabla N° 2, se observa que en el grupo de usuarias con citología cérvico uterina anormal, un 48% usaba anticonceptivos orales combinados, 25% ampolla trimestral, 17% ampolla mensual, y 10% preservativos. En el grupo de usuarias con citología cérvico uterina normal, un 48% usaba ampolla trimestral, 27% preservativos y 10.4% tanto la ampolla mensual y el anticonceptivo oral combinado.

Tabla N°3. Resultados citológicos cérvico uterino en las usuarias atendidas en el Hospital “San Juan de Lurigancho” en el año 2016

Tipo de hallazgo con citología anormal	N	%
LIE bajo grado	45	93.8%
LIE alto grado	3	6.2%
Total	48	100.0%

En la tabla N° 3, se observa los resultados citológicos anormales de las usuarias atendidas, donde el 93.8% tenía lesión intraepitelial de bajo grado y el 6.2% tenía lesión intraepitelial de alto grado.

Tabla N°4. Asociación de los tipos de métodos anticonceptivos y los resultados citológicos cérvico uterino anormal y normal en las usuarias atendidas en el Hospital “San Juan de Lurigancho” en el año 2016.

Tipos de Métodos anticonceptivos		Resultado citológico cérvico uterino				p	OR
		Anormal		Normal			
		N	%	N	%		
Anticonceptivo oral combinado	Si	<u>23</u>	<u>47.9%</u>	5	10.4%	0.000	7.91 (2.67 - 23.43)
	No	25	52.1%	43	89.6%		
Anticonceptivos de píldoras de progestágenos	Si	0	0.0%	1	2.1%	0.315	-
	No	48	100.0%	47	97.9%		
Preservativos	Si	5	10.4%	<u>13</u>	<u>27.1%</u>	0.036	0.31 (0.10 - 0.96)
	No	43	89.6%	35	72.9%		
Ampolla trimestral	Si	12	25.0%	<u>23</u>	<u>47.9%</u>	0.019	0.36 (0.15 - 0.86)
	No	36	75.0%	25	52.1%		
Ampolla mensual	Si	8	16.7%	5	10.4%	0.371	-
	No	40	83.3%	43	89.6%		
T de cobre	Si	0	0.0%	1	2.1%	0.315	-
	No	48	100.0%	47	97.9%		
Total		48	100.0%	48	100.0%		

En la Tabla N°4, se observa la asociación entre los tipos de métodos anticonceptivos y los resultados citológicos cérvico uterino, donde:

El 47.9% de usuarias que utilizaron anticonceptivo oral combinado tuvieron resultados citológicos cérvico uterino anormales, comparado con el 10.4% de las usuarias con resultados citológicos cérvico uterino normales, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$), por tanto, el uso de anticonceptivo oral combinado, se asocia a los resultados citológicos cérvico uterinos anormales, es decir, existe 8 veces la probabilidad de que las usuarias que consumieron anticonceptivo oral combinado presenten un resultado citológico cérvico uterino anormal.

El 10.4% de usuarias que utilizaban preservativos tuvieron citología anormal comparado con el 27.1% que tuvo citología normal, por lo tanto, el uso de los preservativos se asocia a los resultados cérvico uterino normales ($p=0.036$), es decir, existe un 69% mayor probabilidad que las usuarias que hayan usado preservativos presenten un resultado citológico cérvico uterino normal.

El 25 % de usuarias que utilizaban ampolla trimestral, tuvieron citología anormal comparado con el 47,9% que tuvo citología normal, por lo tanto, el uso de la ampolla trimestral se asocia a los resultados cérvico uterino normales ($p=0.019$), es decir, existe un 64% mayor probabilidad que las usuarias que hayan usado ampolla trimestral presenten un resultado citológico cérvico uterino normal.

4. DISCUSIONES

Los resultados anormales de citología cérvico uterina fueron lesión intraepitelial de bajo grado en el 93.8% y lesión intraepitelial de alto grado en el 6.2%. *Mesares*⁹ en su trabajo observó que un 86% tuvo lesión intraepitelial de bajo grado, 10% lesión intraepitelial de alto grado y el 4% carcinoma escamoso. Por su parte, *Lazo y Aguilar*¹³ encontraron que más de la mitad de las mujeres (52%) tenía Carcinoma INSITU, seguido de una neoplasia intracervical I con el 29%, luego una neoplasia intracervical II con el 14% y un 5% tuvo neoplasia intracervical III.

Al verificar la frecuencia del uso de los métodos anticonceptivos en las mujeres con citologías anormales, en el presente estudio, se identificó que un 48% usaba anticonceptivos orales combinados, 25% ampolla trimestral, 17% ampolla mensual, y 10% preservativos, es decir predominó la anticoncepción hormonal. Hallazgos diferentes fueron encontrados en la investigación de *Mendoza*⁵, pues de las mujeres que si utilizaron algún tipo de método anticonceptivo, el 14.2% fue método hormonal, el 3.6% de barrera y el 4.5% dispositivo intrauterino.

Se ha asociado el uso de algunos anticonceptivos a ciertas anomalías del cuello uterino, sin embargo, aún hay controversia en los resultados. En el presente estudio se pudo determinar que en la población estudiada 3 tipos de métodos anticonceptivos estuvieron asociados a los resultados de citología cérvico uterino, los cuales son la anticoncepción oral combinada, los preservativos y la ampolla trimestral de solo progestágeno. En cuanto a la anticoncepción oral combinada, hubo una mayor proporción de su uso en aquellas citologías anormales que en las normales ($p=0.000$; $OR=7.91$), por tanto se evidenció que existe 8 veces mayor probabilidad de que las usuarias de anticonceptivos orales combinados presenten citología cérvico uterina anormal. Similares hallazgos se evidenciaron en el estudio de *Solis*¹², quien encontró que el uso de anticonceptivos orales se asoció a la citología cervical anormal ($p<0.05$; $OR=2.58$), habiendo 2 veces mayor probabilidad de obtener citología cervical anormal en aquellas pacientes usan anticonceptivos orales combinados; por otra parte *Mesares*⁹, difiere al encontrar que los

anticonceptivos orales combinados no se asocian a citología cervical anormal ($p>0.05$). Estos resultados demuestran que las usuarias de 5 a 10 años de uso de anticonceptivos orales combinados pueden tener mayor probabilidad de resultados citológicos anormales, lo cual se respalda con lo que menciona la literatura, tal es el caso que la Sociedad Americana contra el Cáncer reveló que el uso de píldoras anticonceptivas por periodos prolongados aumenta el riesgo de anomalías cervicales y cáncer de cuello uterino.

Respecto al uso de preservativos, se encontró que hubo una mayor proporción en las citologías normales que en las anormales ($p=0.036$; $OR=0.31$), por ello existe 69% mayor probabilidad de que las usuarias de preservativos tengan resultados de citología normal; lo cual no concuerda con el estudio de *Solis*¹², pues el preservativo no se asoció a los resultados de citología cervical ($p>0.05$), al igual que el estudio de *Mesares*⁹, quien menciona el mismo hallazgo. Si bien hubo una asociación del preservativo con los resultados de citología cérvico uterina, la mayoría que utilizó este método de barrera tenía resultados de citología normal, tal vez porque el preservativo evitó la propagación del Virus Papiloma Humano (VPH).

En el presente estudio, el anticonceptivo ampolla trimestral de solo progestágeno se asoció con los resultados de citología cérvico uterina ($p=0.019$; $OR=0.36$), donde se encontró una mayor proporción de su uso en las citologías normales que en las anormales, por lo que existe 64% mayor probabilidad de que las usuarias de ampolla trimestral presenten citología cervical normal. Hallazgos similares fueron indicados en el estudio de *Mesares*⁹, quien encontró que el acetato de medroxiprogesterona se asoció a los hallazgos de citología cervical normal ($p=0.044$; $OR=0.32$), ya que hubo un menor porcentaje de usuarias en el grupo con hallazgo patológico (8.0%) que usaron acetato de medroxiprogesterona que en el grupo con hallazgo normal (21%), es decir existe un 68% mayor probabilidad de que las pacientes que usan ampolla de tres meses obtengan una citología normal. Otro estudio que brinda una información importante en cuanto a la relación existente entre el uso de inyectable de solo progestágeno, es *Shapiro*³⁹, quien menciona que su uso no incrementa el riesgo de cáncer cérvico uterino.

5. CONCLUSIONES

- Los métodos anticonceptivos usados con mayor frecuencia en las usuarias con resultado citológico anormal fueron los anticonceptivos orales combinados (48%) y en usuarias con resultado citológico normal fue la ampolla trimestral (48%)
- Los resultados citológicos cérvico uterino anormal en las usuarias atendidas en el Hospital “San Juan de Lurigancho” en el año 2016 fueron lesión intraepitelial de Bajo grado en el 93.8% y lesión intraepitelial de alto grado en el 6.2%.
- Existe asociación entre el uso del anticonceptivo oral combinado y los resultados citológicos cérvico uterino anormales ($p=0.000$) teniendo 8 veces mayor probabilidad que las usuarias que consumieron anticonceptivo oral combinado presenten un resultado citológico cérvico uterino anormal; existe asociación entre el uso del preservativo ($p=0.036$) y ampolla trimestral ($p=0.019$) con los resultados citológicos cérvico uterino normales en usuarias atendidas en el Hospital “San Juan de Lurigancho” en el año 2016.

6. RECOMENDACIONES

- Ante la asociación existente entre los métodos anticonceptivos orales combinados, el preservativo y la ampolla trimestral en el presente estudio se recomienda realizar más investigaciones enfocándose solo en estos métodos con un tamaño muestral mayor y extrapolándolo a otra institución, con la finalidad de verificar los resultados encontrados.
- En cada consulta de planificación familiar, a las usuarias de anticonceptivos orales combinados y de ampolla trimestral, que son los métodos más utilizados, se debería de averiguar la presencia de algún efecto secundario y cada semestre, dar una consejería integral sobre otros métodos anticonceptivos, esto con la finalidad de recordarles los beneficios de otros métodos que no utilizan.
- Al encontrar una frecuencia considerable de lesiones intraepiteliales en la población que acude al Hospital San Juan de Lurigancho, se recomienda que el profesional de obstetricia brinde sesiones de aprendizaje intra y extramurales de manera más frecuente, donde se brinde información relevante acerca de la importancia de realizarse un examen citológico (Papanicolaou). Asimismo se propone que el personal encargado de realizar la citología cervical en el Hospital San Juan de Lurigancho diseñe un radar de Cáncer de Cuello uterino donde se encuentre la cantidad de pacientes que han tenido citología cervical patológica para conocer la frecuencia de pacientes con lesiones intraepiteliales cérvico-vaginal, así mismo conocer su dirección para que se tenga un seguimiento del paciente y realizar las visitas domiciliarias pertinentes.
- En base a la evidente asociación que existe entre el anticonceptivo combinado con resultados citológicos anormales cérvico uterino, se debería de realizar un seguimiento más exhaustivo a las usuarias de estos métodos anticonceptivos, tratando de averiguar el tiempo y la forma de uso, todo esto, con el propósito de inculcar a este grupo poblacional el chequeo de Papanicolaou de forma más rigurosa, buscando prevenir y/o diagnosticar a corto plazo lesiones a nivel de cuello uterino.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras R. Papanicolaou y citología líquida en diagnóstico de cáncer de cérvix. Hospital Civil de Maracay. 2012. Comunidad y Salud, 2015; 13(1).
2. Campo, P, Puerto, M. Comparación entre las técnicas de citología compartida: convencional vs. Base líquida. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2011; 20 (4): 240-244.
3. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva: 380. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cérvico-uterino. Ginebra: OMS; 2015.
4. Arzuaga A. Souza M., Azevedo V. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Revista Cubana de Enfermería. 2012; 28(1).
5. Mendoza L, Pedroza M, Micolta P, Cáceres C, López D, Núñez A, et al. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Revista en Internet]. 2012 [Acceso 05 noviembre 2016]; 77(2): 129 – 136. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000200009&script=sci_arttext
6. Alliance for Cervical Cancer Prevention Members. Factores de riesgo de cáncer cérvico-uterino: Indicios hasta la fecha. 2005. [Consultado el 24 de enero 2014]. Disponible en: http://screening.iarc.fr/doc/RH_risk_factors_fs_sp.pdf.
7. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología; 2013.
8. Instituto Nacional de Estadística. Planificación Familiar. Perú: Endes, 2015.
9. Mesares E. Características personales y su asociación con los hallazgos de citología cervical de las usuarias que acudieron al hospital San Juan

- de Lurigancho. Enero-Diciembre 2013. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2013.
10. Tafurt Y, Acosta C, Sierra C. Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia. Rev. Salud Pública [Revista en Internet]. 2012 [Acceso 10 noviembre 2016]; 14 (1): 53-66. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n1/v14n1a05.pdf>.
 11. Castro J, Hernández C, Madrid V. La anticoncepción hormonal como factor de riesgo para cáncer, cérvicouterino: evidencias biológicas, inmunológicas y epidemiológicas. Ginecol Obstet Mex [Revista en Internet]. 2011 [Acceso 08 noviembre 2016]; 79(9): 533-539. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom119c.pdf>
 12. Solís M, Aguayo F, Vargas M, Olcay F, Puschel K, Corvalán A, et al. Factores de riesgo de alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres chilenas: Un estudio de casos y controles. Rev Med Chile [Revista en Internet]. 2010 [Acceso 10 noviembre 2016]; 138: 175-180. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000200005&script=sci_arttext
 13. Lazo E, Aguilar F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011. Tarapoto-Perú: Universidad Nacional De San Martín. Facultad de Ciencias de La Salud; 2012.
 14. Pérez J, Gardey A. Definición de uso. 2012 [Acceso 08 octubre 2016]. Disponible en: <http://definicion.de/uso/>
 15. Real Academia Española. Uso. 23^a ed. España: Real Academia Española; 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=bBV63BI>
 16. Díaz S, Schiappacasse V. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?. Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; 2011.

17. Ministerio de la Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Argentina: Ministerio de la Salud de la Nación; 2012.
18. Ministerio de Salud. Modificación de la Norma Técnica de Planificación Familiar. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas; 2016.
19. Profamilia. Métodos anticonceptivos. [Acceso el 18 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.inppares.org/sites/default/files/Metodos%20Profamilia.PDF>
20. Dirección General de Salud Pública. Guía de métodos anticonceptivos. España: Dirección General de Salud Pública. [Acceso 27 octubre 2016]. Disponible en: http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf
21. Ministerio de Salud Pública. Guía en salud sexual y reproductiva. Manual de orientación anticonceptiva. Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2013.
22. Amaya J, Restrepo S. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: Cómo, desde y hasta cuándo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Revista en Internet]. 2005 [Acceso el 05 de octubre del 2016]; 56/(1): 59-67. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n1/v56n1a07.pdf>.
23. Servicio de Salud del Principado de Asturias. El cáncer de cuello uterino y su prevención. Información para la población. España: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2011.
24. Queiro T, Puñal J. Métodos automatizados de lectura de citología cervical uterina. Madrid-España: Ministerio de Sanidad de Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
25. De la Torre F. Lesión premaligna escamosa del cuello uterino, un enfoque actualizado. Patología [Revista en Internet]. 2008 [Acceso 07

- octubre 2016];46(4):332-42. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/patrevlat/rlp-2008/rlp084g.pdf>
26. Rosa M, Mohammadi A. Revisión sobre citología de cuello uterino con énfasis en la clasificación de Bethesda 2001. Estados Unidos: Congreso virtual hispanoamericano de anatomía patológica; 2007. Disponible en:
<http://www.conganat.org/9congreso/pdf/794.pdf>
27. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica. Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011.
28. Maciel A, Castaño R. Guías de manejo 2015. Citología anormal y lesiones intraepiteliales cervicales. Colposcopía [Revista en Internet]. 2015 [Acceso 09 octubre 2016]; 26(1): 30-37. Disponible en:
<http://www.colpoweb.org/docs/2015/Guias-de-manejo-2015.pdf>
29. Secretaría de Salud. Manual de consejería en cáncer cérvico uterino. México: Secretaría de Salud; 2007.
30. Acinas O, Fernández S, Gómez J, Jubete Y, Muñoz P, Plaza M, et al. Protocolo de detección precoz del cáncer de cérvix. España: Dirección General de Salud Pública; 2011.
31. Loustalot M, Espinosa R, Blas I, Vite G, Jerezano O. Manual de procedimientos para la toma de la muestra de citología cervical. 1ª ed. México: Secretaría de Salud; 2006.
32. Varela S. Citología cervical. Rev Med Honduras [Revista en Internet]. 2005 [Acceso 11 octubre 2016]; 73:131-136. Disponible en:
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>
33. Miraval M, Morón C. Manual de procedimientos para el diagnóstico en citología cérvico uterina. Serie de normas técnicas N°43. Lima-Perú: Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud; 2005.
34. Ministerio de Salud. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y Guía de atención de lesiones pre-neoplásicas de cuello uterino. Colombia: Ministerio de Salud; 2000.

35. Colombiana de salud. Protocolo Prevención de cáncer de cuello uterino. Toma citologías cervicouterinas. Colombia: Colombiana de salud; 2007.
36. American Cancer Society. Cáncer de cuello uterino (cervical). Canadá: American Cancer Society; 2014.
37. Seguro Social del Perú. Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino. Perú: Essalud; 2001.
38. Cordero J, García M. Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cérvico-uterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Revista en Internet]. 2015 [Acceso 26 octubre 2016]. 41(4). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/5/5>
39. Shapiro S, Rosenberg L, Hoffman M, Nelly JP, Cooper D, et al. Risk of invasive cancer of the cervix in relation to use of injectable progesterone contraceptives and combined estrogen/progesterone oral contraceptive. Cancer Causes Control 2003; 14:485-495.

8. ANEXOS

INDICE

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	46
II. INSTRUMENTO.....	47
III. NOMENCLATURA PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA CITOLOGÍA CERVICAL	48

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Codificación	Tipo de variable	Fuente de información	Instrumento
Uso de métodos anticonceptivos.	Uso de método parenteral	% de usuarias de ampolla mensual.	Si = 1 No = 2	Cualitativa nominal	Historia clínica de la paciente.	Ficha de recolección de datos.
		% de usuarias de ampolla trimestral.	Si = 1 No = 2	Cualitativa nominal		
	Uso de método subdérmico	% de usuarias de Nexplanon	Si = 1 No = 2	Cualitativa nominal		
		% de usuarias de Implanon	Si = 1 No = 2	Cualitativa nominal		
	Uso de anticonceptivos orales	% de usuarias de píldoras combinadas.	Si = 1 No = 2	Cualitativa nominal		
		% de usuarias de píldoras de progestágenos.	Si = 1 No = 2	Cualitativa nominal		
	Uso de preservativos.	% de usuarias cuyas parejas usan condón.	Si = 1 No = 2	Cualitativa nominal		
		% de usuarias de diafragma.	Si = 1 No = 2	Cualitativa nominal		
	Uso de dispositivo intrauterino.	% de usuarias de T de cobre	Si = 1 No = 2	Cualitativa nominal		
		% de usuarias de T de plata.	Si = 1 No = 2	Cualitativa nominal		
Resultados citológicos cérvico uterino.	Con anomalías de las células epiteliales.	% de usuarias con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.	Si = 1 NO = 2	Cualitativa nominal	Resultados de Papanicolaou	
		% de usuarias con lesión escamosa intraepitelial de alto grado.	Si = 1 NO = 2	Cualitativa nominal		
	Sin anomalías de las células epiteliales.	% de usuarias sin cambios inflamatorios en las células del epitelio escamoso, ni sugestivos de malignidad.	Si = 1 NO = 2	Cualitativa nominal		

II. INSTRUMENTO

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS RESULTADOS
CITOLÓGICOS CÉRVICO UTERINO EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN
DE LURIGANCHO, AÑO 2016”**

Código de identificación: _____

FECHA: _____

I. Datos generales:

1. Edad: _____ años
2. Estado Civil: Soltera () Conviviente () Casada ()
3. Nivel Educativo: Sin Instrucción () Primaria () Secundaria () Superior
 Técnico () Superior Universitario ()
4. Ocupación: _____
5. Lugar de procedencia: _____

II. Datos ginecológicos

6. Edad de inicio de relaciones sexuales: _____ años
7. Número de parejas sexuales: _____

III. Uso anticonceptivos

- | | | |
|--|--------|--------|
| 8. Uso de métodos anticonceptivos: | No () | Si () |
| Anticonceptivos orales combinados | No () | Si () |
| Anticonceptivos de píldoras de progestágenos | No () | Si () |
| Preservativos | No () | Si () |
| Diafragma | No () | Si () |
| Ampolla trimestral | No () | Si () |
| Ampolla mensual | No () | Si () |
| Implante subdérmico Nexplanon | No () | Si () |
| Implante subdérmico Implanon | No () | Si () |
| T de cobre | No () | Si () |
| T de plata | No () | Si () |
| Otros: _____ | | |

IV. Resultados citológicos cérvico uterino:

9. Hallazgos Normales ()
10. Hallazgos Patológicos ()
 1. LIE Bajo Grado ()
 2. LIE Alto Grado ()
 3. Carcinoma Escamoso ()
 4. Células glandulares atípicas ()
 5. Células glandulares atípicas, sugestivas de neoplasia ()
 6. Adenocarcinoma endo-cervical ()

III. NOMENCLATURA PARA LA CLASIFICACIÓN DE CITOLOGÍA CERVICAL

Tabla N°2.2.1: Nomenclaturas utilizadas para la clasificación de la citología cervical

TERMINOLOGÍA DE DISPLASIA	TERMINOLOGÍA NIC	TERMINOLOGÍA NIC MODIFICADA	BETHESDA
Normal	Normal	Normal	Negativo para lesión intraepitelial
Atipia	Atipia coilocítica, condiloma plano	NIC de bajo grado	ASCUS/ASC-H L-LIE
Displasia leve	NIC I	NIC de bajo grado	L-LIE
Displasia moderada	NIC II	NIC de alto grado	H-LIE
Displasia severa	NIC III	NIC de alto grado	H-LIE
Carcinoma in situ	NIC III	NIC de alto grado	H-LIE
Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo	Carcinoma epidermoide o escamoso invasivo

Fuente: Rosa y Mohammadi; 2007: 3.